

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ

LE PRÉSENT AVIS DÉCRIT LA FAÇON DONT LES INFORMATIONS MÉDICALES ET RELATIVES À LA TOXICOMANIE ET À L'ALCOOLISME VOUS CONCERNANT PEUVENT ÊTRE UTILISÉES ET DIVULGUÉES ET COMMENT VOUS POUVEZ LES CONSULTER. VEUILLEZ LE LIRE ATTENTIVEMENT.

Informations générales

Les informations concernant votre traitement et vos soins, y compris le paiement des soins, sont protégées par deux lois fédérales : la loi sur la transférabilité et la responsabilité de l'assurance maladie (Health Insurance Portability and Accountability, HIPAA)* et la loi sur la confidentialité (Confidentiality Law)**. En vertu de ces lois, le programme ne peut pas dire à une personne étrangère au programme que vous participez au programme, et il ne peut pas non plus divulguer d'informations vous identifiant comme une personne alcoolique ou toxicomane, ni divulguer d'autres informations protégées, sauf dans les cas autorisés par les lois fédérales mentionnées ci-dessous.

Le programme doit obtenir votre consentement écrit avant de pouvoir divulguer des informations vous concernant à des fins de paiement. Par exemple, le programme doit obtenir votre consentement écrit avant de pouvoir divulguer des informations à votre compagnie d'assurance maladie afin d'être payé pour ses services. En général, vous devez également signer un consentement écrit avant que le programme ne puisse partager des informations à des fins de traitement ou d'activités de soins de santé. Toutefois, la loi fédérale autorise le programme à divulguer des informations dans les circonstances suivantes sans votre autorisation écrite :

1. au personnel du programme afin de fournir un traitement et de tenir le dossier médical ;
2. en vertu d'un accord avec un partenaire commercial (par exemple, laboratoires cliniques, pharmacies, services de stockage de dossiers, services de facturation) ;
3. à des fins de recherche, d'audit ou d'évaluation (par exemple, examen de la délivrance d'une licence par l'État, accréditation, rapport sur les données du programme comme l'exige l'État ou le gouvernement fédéral) ;
4. pour signaler un délit commis dans les locaux du programme ou contre le personnel du programme ;
5. au personnel médical en cas d'urgence médicale ou psychiatrique ;
6. aux autorités compétentes pour signaler tout soupçon de violence ou de négligence envers un enfant ;
7. pour signaler certaines maladies infectieuses, comme l'exige la loi étatique ;
8. comme autorisé par une ordonnance du tribunal.

Avant que le programme ne puisse utiliser ou divulguer des informations concernant votre santé d'une manière qui n'est pas décrite ci-dessus, il doit d'abord obtenir votre consentement écrit exprès lui permettant de procéder à la divulgation. Ce consentement écrit peut être révoqué par vous par écrit. (REMARQUE : la révocation d'un consentement à divulguer des informations à un tribunal, un service de probation, un bureau de libération conditionnelle, etc. peut constituer une violation d'un accord que vous avez conclu avec cette organisation. Une telle violation peut entraîner des conséquences juridiques à votre égard.)

* 42 U.S.C. § 130d et seq., 45 C.F.R. parties 160 et 164

** 42 U.S.C. § 290dd-2, 42 C.F.R. partie 2

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ

Vos droits

- En vertu de l'HIPAA, vous avez le droit de demander des restrictions sur certaines utilisations et divulgations de vos données de santé et vos informations de traitement. Le programme n'est pas tenu d'accepter les restrictions que vous demandez, mais s'il les accepte, il est lié par cet accord et ne peut pas utiliser ou divulguer les informations que vous avez restreintes, sauf en cas d'urgence médicale.
- Vous avez le droit de demander que nous communiquions avec vous par d'autres moyens ou à un autre endroit (par exemple, une autre adresse). Le programme s'adaptera à de telles demandes si elles sont raisonnables et ne vous demandera pas d'explication.
- En vertu de l'HIPAA, vous avez également le droit de consulter et de copier vos données de santé et vos informations de traitement conservées par le programme, sauf si ces informations contiennent des notes de psychothérapie ou des informations compilées pour être utilisées dans une procédure civile, pénale ou administrative ou dans d'autres circonstances limitées.
- En vertu de l'HIPAA, vous avez également le droit, avec quelques exceptions, de modifier les informations relatives aux soins de santé conservées dans les dossiers du programme, et de demander et recevoir un compte rendu des divulgations de vos données de santé effectuées par le programme au cours des six (6) années antérieures à votre demande.
- Si votre demande de l'un des éléments ci-dessus est refusée, vous avez le droit de demander un réexamen du refus par l'administrateur du programme.
- Pour déposer l'une des demandes ci-dessus, vous devez remplir le formulaire approprié qui vous sera fourni par le programme.
- Vous avez également le droit de recevoir un exemplaire papier de cet avis.

Utilisation de vos informations dans le cadre du programme

Afin de vous fournir les meilleurs soins, le programme utilisera vos données de santé et les informations relatives à votre traitement des manières suivantes :

- communication entre les membres du personnel du programme (y compris les étudiants ou autres stagiaires) aux fins des besoins du traitement, de la planification du traitement, des rapports et de l'examen des progrès, de la supervision du personnel, du signalement des incidents, de l'administration des médicaments, des activités de facturation, de la tenue des dossiers médicaux, de la planification des sorties des établissements de soins et d'autres processus liés au traitement ;
- communication avec les partenaires commerciaux tels que les laboratoires cliniques (analyses de sang et d'urine), le service de restauration (besoins alimentaires particuliers), les organismes qui fournissent des services sur place (conférences et thérapie de groupe), les services de stockage à long terme des dossiers ;
- communication des données au système de données sur les clients du NYS OASAS.

Obligations du programme

Le programme est tenu par la loi de préserver la confidentialité de vos données de santé et de vous informer de ses obligations légales et de ses pratiques de confidentialité en ce qui concerne vos données de santé. Le programme est tenu par la loi de respecter les conditions de cet avis. Le programme se réserve le droit de modifier les conditions de cet avis et de rendre ses nouvelles dispositions effectives à l'égard de toutes les informations de santé protégées auxquelles il s'applique. Le programme fournira aux patients actuels un avis mis à jour, et aux anciens patients concernés un nouvel avis lorsque des modifications substantielles seront apportées à celui-ci.

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ

Plaintes et signalement des violations

Les patients ont le droit de déposer une plainte concernant la confidentialité de leurs données de santé et la protection de leur vie privée. Le/la patient(e) peut remplir un formulaire de plainte concernant la protection de la vie privée (au verso de ce formulaire) et l'envoyer à :

- l'administrateur ATC ;
- Bureau of Addictions Treatment Centers, 1450 Western Avenue, Albany, NY 12203 ; ou
- OASAS Privacy Official, 1450 Western Avenue, Albany, NY 12203.

La plainte sera examinée par une personne appropriée, en fonction de la nature de la plainte. Cette personne remplira le formulaire de résolution des plaintes relatives à la protection de la vie privée. Des copies seront transmises à : OASAS Privacy Official, 1450 Western Avenue, Albany, NY 12203.

Le/la patient(e) peut également déposer une plainte auprès de :

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services,
Jacob Javits Federal Building
26 Federal Plaza--Suite 3313
New York, New York, 10278

Téléphone vocal (212) 264 3313.

Télécopie (212) 264 3039.

ATS (212) 264 2355

Permanences téléphoniques de l'OCR : 1 800 368 1019

Vous ne subirez pas de représailles pour avoir déposé une telle plainte.

La violation de la loi sur la confidentialité par un programme est un délit. Les violations suspectées de la loi sur la confidentialité peuvent être signalées au procureur des États-Unis dans le district où la violation a lieu.

Date d'entrée en vigueur : 14/04/03

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ

Je soussigné(e), _____, ai reçu un exemplaire de l'avis de confidentialité et il m'a été expliqué.

Signature

Date

Signature du parent ou tuteur/tutrice (au besoin)

Date